

Contribution à l'Etude du
Traitement du Volvulus
consécutif au
Dolichocôlon Pelvien

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 4 Mai 1943

par

GÉRARD BRESSON

Né le 10 Mars 1916 à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{	MM. MASSABUAU, Professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	ETIENNE, Professeur		
	GUIBAL, <i>Agrégé</i>		
	ROUX, <i>Agrégé</i>		

1943

IMPRIMERIE ARISTIDE QUILLET — MONTPELLIER

Contribution à l'Etude du
Traitement du Volvulus
consécutif au Dolichocôlon Pelvien

Contribution à l'Etude du
Traitement du Volvulus
consécutif au
Dolichocôlon Pelvien

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 4 Mai 1943

par

GÉRARD BRESSON

Né le 10 Mars 1916 à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{	MM. MASSABUAU, Professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	ETIENNE, Professeur		
	GUIBAL, <i>Agrégé</i>		
	ROUX, <i>Agrégé</i>		

1943

IMPRIMERIE ARISTIDE QUILLET — MONTPELLIER

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Chaires:

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	L. RIMBAUD
— — — — —	GIRAUD, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
— — — — —	LAPEYRE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	BOUDET
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	N.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et chir. maxillo-faciale	TERRACOL

Charges de cours:

Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Radiologie	LAMARQUE
Propédeutique chirurgicale	AIMES

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

CHARGES D'ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Chimie	MM. MONNIER, <i>agrégé</i>	Clinique de la tuberculose	MM. VIDAL, <i>professeur</i>
Microbiologie	CARRERE, <i>agrégé</i>	Pathologie chir. ..	MOURGUE-MOLINES, <i>agr.</i>
Histoire nat. méd.	HARANT, <i>agrégé</i>	— — — — —	TRUC, <i>agrégé</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i>	Chirurgie expériment. ..	GUIBAL, <i>agrégé</i>
Pathologie méd. ..	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Médecine opérat. ..	ROUX, <i>agrégé</i>
— — — — —	BERT, <i>agrégé</i>	Accouchements ...	CADERAS
Propédeutique méd. ..	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	— — — — —	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clinique interne ..	PUECH, <i>prof.</i>	Stomatologie	HOUPERT,
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, <i>prof.</i>	— — — — —	Dr. en méd.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES
— — — — —	BOUCOMONT	— — — — —	GUIBAL
— — — — —	BERT	— — — — —	ROUX
— — — — —	LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	Urologie	TRUC
Chimie	MONNIER	Accouchements ...	CADERAS
Bactériologie	CARRERE	— — — — —	DE KERLEAU
Histoire nat. méd. ..	HARANT		



A MA FEMME

A MON PÈRE, LE DOCTEUR ALBERT BRESSON

A MA MÈRE

Je leur dois tout.

Qu'ils trouvent ici un faible témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

G. BRESSON

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur G. MASSABUAU
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de
Montpellier
Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de mon admiration, de ma reconnaissance et de mon attachement

A mon Jury de Thèse, M. le Professeur E. ÉTIENNE
Professeur de Clinique chirurgicale infantile

Monsieur le Professeur agrégé A. GUIBAL

Monsieur le Professeur agrégé G. ROUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été suggérée par notre Maître, Monsieur le Professeur MASSABUAU. Nous avons essayé de suivre aussi docilement que possible, les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer; mais la réalisation de ce travail satisfait-elle pleinement les vues du Maître ?...

Nous nous excusons de n'avoir fait qu'une œuvre vraisemblablement incomplète, malgré l'attrait du sujet, et le souci que nous avons eu de rechercher et de lire le plus grand nombre de travaux qui ont paru sur cette question.

Puissions-nous, à notre tour, apporter une modeste pierre à l'édifice !

Cela suffirait à témoigner un peu de notre reconnaissance et aussi de notre attachement à Celui qui s'est toujours intéressé à nos études....

La chirurgie du dolichocôlon était, il y a peu d'années encore, exclusivement mutilante, et l'exérèse colique était considérée comme une intervention de choix.

Une chirurgie nouvelle, conservatrice, s'appuie aujourd'hui sur des bases physiologiques : c'est la neuro-chirurgie du dolichocôlon, considéré ainsi comme une maladie neurogène.

Un traitement médical bien conduit permet, dans un nombre important de cas, d'éviter l'intervention. Ce n'est qu'en présence des échecs d'une thérapeutique médicale suffisamment prolongée, ou dans le cas de volvulus déclaré, que la chirurgie prendra tous ses droits.

Nous nous proposons d'étudier dans ce court travail le traitement du volvulus consécutif au dolichocôlon pelvien.

Dans une première partie, nous envisagerons le traitement préventif du volvulus non déclaré : la méthode des *infiltrations* prendra toute sa valeur.

Dans une deuxième partie, nous nous occuperons de la phase prémonitoire du volvulus, « phase dite de Delbet ».

Là encore, la méthode des *infiltrations* aura son mot à dire ; mais on s'adressera également à la *résection du sympathique lombaire*, ainsi qu'à la *section et résection du splanchnique*.

Enfin, dans une troisième partie, nous étudierons le traitement qui convient à la phase du volvulus déclaré. Il n'y aura alors qu'une méthode : elle sera *interventionniste*, les interventions d'exérèse.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT PREVENTIF DU VOLVULUS NON DECLARE

Les infiltrations

C'est, en principe, le traitement du méga-dolichocôlon simple : ici la neuro-chirurgie prendra toute sa valeur. C'est une chirurgie physiologique qui a bénéficié des recherches sur la chirurgie du sympathique et, en particulier des travaux de LERICHE et de son école. Ces nouvelles méthodes thérapeutiques reposent sur l'origine neurogène du méga-dolichocôlon, origine qui semble maintenant assise sur des bases solides.

Les expériences des physiologistes ont montré que l'excitation du nerf de la x^e paire amène, chez l'animal, de violentes contractions coliques ainsi qu'un relâchement du sphincter anal; l'excitation du sympathique, au contraire, suspend l'activité des deux couches musculaires de l'intestin et fait contracter le sphincter anal.

De plus, les nerfs splanchniques contiennent des fibres sensitives centripètes inhibitrices, si bien que la distension brusque d'une portion quelconque de l'intestin provoque, tant en amont qu'en aval, un réflexe inhibiteur.

ALTAMON et AIROL, en 1932, ont réussi à reproduire le mégacôlon chez l'animal par la section des nerfs d'Eckardt (innervation parasympathique), et ont ramené ensuite le côlon à son volume normal en sectionnant les deux sympathiques lombaires. Dans cette expérience, la suppression du rôle inhibiteur du sympathique permet à l'intestin de fonctionner par son propre automatisme.

Ainsi, le méga-dolichocôlon (car on ne doit pas raisonnablement séparer ces deux affections), serait dû à un déséquilibre entre les deux systèmes antagonistes innervant l'intestin, déséquilibre à prédominance sympathicotonique.

L'intervention logique consiste à sectionner les fibres sympathiques inhibitrices, libérant ainsi l'action motrice du système parasympathique.

Mais, en bloquant les voies sympathiques *par la simple infiltration anesthésique*, LERICHE et ses élèves ont montré que l'on pouvait préjuger des bienfaits ultérieurs de la neurotomie sympathique. Si, sous l'effet de la solution anesthésique, les contractions intestinales réapparaissent, la section du sympathique est indiquée : l'infiltration du sympathique joue alors le rôle de « test opératoire ».

A l'étude, cette anesthésie du sympathique s'est révélée comme pouvant avoir un effet prolongé sur la tonicité et les mouvements péristaltiques de l'intestin. Les effets durables dans les infiltrations du sympathique sont d'ailleurs bien connus ; si bien que LERICHE a pratiquement érigé en système cette thérapeutique nouvelle du méga-dolichocôlon, savoir l'infiltration anesthésique de la chaîne sympathique lombaire.

Nous renvoyons, pour l'étude des détails de la technique, aux publications du Professeur LERICHE.

A l'infiltration de la chaîne lombaire CUVÉREAUX préfère l'infiltration haute du splanchnique parce que l'expérience des opérations sympathiques a montré que la section des splanchniques est celle qui donne les meilleurs résultats.

Les détails de la technique et les accidents possibles — accidents légers — sont longuement étudiés dans la thèse de CUVÉREAUX.

Les résultats de l'infiltration anesthésique du sympathique lombaire et du splanchnique peuvent être étudiés sous l'écran. L'anse énorme, à parois épaissies, reçoit un lavement baryté qui en précise les contours.

La douleur de la distension est vive, mais elle ne provoque aucun effet d'expulsion.

Infiltrons le sympathique lombaire gauche à la hauteur du L1, aussitôt des contractions violentes apparaissent sur la branche iliaque du sigmoïde qui diminue de calibre et chasse son contenu dans le côlon descendant; puis la branche pariétale se contracte à son tour de haut en bas, diminue de calibre, et chasse son contenu. Les contractions sont visibles et sont efficaces. Ce qui se passe sur les fibres circulaires se passe également sur les fibres longitudinales — d'où diminution de longueur du côlon.

L'action de l'infiltration est transitoire et disparaît après un temps variable; mais, en répétant cette intervention, on obtient des effets durables, ainsi qu'en témoignent les clichés pris quelques semaines après les dernières infiltrations. Les modifications persistantes portent sur la longueur et le calibre du côlon, si bien qu'on peut dire qu'à la faveur de cette inhibition répétée du sympathique, il se fait une rééducation intestinale qui agit sur le tonus des fibres musculaires.

Les observations III et IV de l'article de Pierre MALLET-GUY et CUVÉREAU sur l'Infiltration lombaire, paru dans le Journal de Chirurgie N° 3 (1941/42), sont fort significatives.

OBSERVATION I. — Mme J..., 58 ans, consulte le 3 avril 1941, pour troubles digestifs, amaigrissement, constipation opiniâtre souvent rebelle à tout traitement pendant plusieurs jours, digestions difficiles et, depuis 6 mois, douleurs vives post-prandiales épigastriques, s'irradiant à droite.

Ballonnement abdominal marqué. Amaigrissement très important (25 kilogrammes). L'examen radiologique de l'estomac est négatif; mais un lavement baryté dessine très nettement un dolichocôlon sigmoïde.

Infiltration lombaire bilatérale le 16 avril 1941 qui donne un résultat clinique manifeste.

La radio montre une diminution très sensible de la longueur de l'intestin.

OBSERVATION II. — Mlle R..., 22 ans, consulte le 5 juin, parce qu'elle souffre de l'abdomen depuis une dizaine d'années, douleurs accompagnées de céphalées et de constipation. A été opérée d'appendicite chronique, sans aucun résultat.

Le lavement baryté montre un dolichocôlon sigmoïde.

Le 10 juin *infiltration lombaire bilatérale*; de nouveaux clichés montrent alors des images nettes de contractions intestinales, et l'intestin est nettement réduit de longueur. Les selles sont devenues régulières.

Revue le 9 octobre 1941, le lavement baryté montre la disparition du dolichocôlon et la persistance de l'état tonique de l'intestin.

Les malades ont vu disparaître les signes qui les avaient poussés à demander le secours de la chirurgie. Leur histoire est identique : constipation habituelle avec crises douloureuses simulant une appendicite chronique, avec parfois atteinte marquée de l'état général. Il s'agit de cas purs de dolichocôlon, exempts de toute crise de torsion et vraisemblablement libres d'adhérences.

Aussi instructive est l'observation VIII de la thèse de CUVÉREAU; la voici résumée.

OBSERVATION III. — Malade âgée de 41 ans, qui entre dans le service, le 3 février 1941, pour douleurs lombaires gauches et constipation tenace. Toujours bien portante; deux enfants en bonne santé.

C'est depuis 2 ans qu'elle est constipée et qu'elle a des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen. Constipation irrégulière. Les douleurs abdominales gauches consistent en une sensation de pesanteur presque continuelle, surtout marquée le soir. Amaigrissement.

A l'examen, le ventre est bien souple; le cæcum et le côlon gauche roulent sous le doigt, douloureux à la pression.

Par ailleurs, l'examen général ne révèle rien.

Le lavement baryté est pratiqué le 7 février : anse sigmoïde flexueuse, pelotonnée dans le pelvis, et se poursuivant par le côlon descendant.

Le transverse fait une boucle supplémentaire très mobile avant d'atteindre l'angle colique droit.

Si on demande à la malade d'évacuer son lavement, seuls l'ampoule rectale et le début de l'anse sigmoïde sont vidés de leur contenu.

L'infiltration lombaire bilatérale est faite : il faut attendre une demi-heure pour voir les premières contractions apparaître. Le calibre est réduit d'une façon notable; une demi-heure après la fin de l'examen, la malade eut une selle spontanée.

Les infiltrations splanchniques sont pratiquées; les douleurs abdominales gauches ont cessé dès la deuxième infiltration; mais la constipation persiste, et ce n'est qu'au bout de trois semaines, après quatre infiltrations bilatérales, que les évacuations deviennent régulières.

Quels sont les malades justiciables de cette thérapeutique ?

« Les constipés de toujours, ayant fait le tour des divers
« laxatifs; souffrant de crises douloureuses, le plus souvent
« couvertes par le diagnostic d'appendicite chronique; accu-
« sant depuis quelques mois une aggravation nette de leurs
« symptômes; présentant parfois une atteinte marquée de
« l'état général et constamment, en tout cas, les signes secon-
« daires habituels de la constipation chronique; perte de
« l'appétit, asthénie, céphalées » (MALLET-GUY et CUVÉ-
REAUX).

Combien, par sa simplicité relative, la méthode des infiltrations (qu'elle s'adresse à la chaîne lombaire ou au nerf splanchnique) se montre supérieure aux classiques colecto-

mies ! Sans doute, ces dernières opérations donnent des succès aux chirurgiens qui les pratiquent ; mais elles nous paraissent aujourd'hui insuffisamment justifiées dans les cas si simples de dolichocôlons pas ou peu volvulés.

C'est à dessein que nous avons été bref dans l'étude de cette première partie de notre travail, car le traitement préventif du volvulus non déclaré se confond avec celui du dolichocôlon. Nous ne saurions mieux faire que d'inviter le lecteur à parcourir les nombreuses et excellentes publications parues sur ce sujet, et dont on trouvera l'indication dans la bibliographie annexée à notre thèse.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE LA PHASE PREMONITOIRE DU VOLVULUS : LE PRAE-VOLVULUS

Les infiltrations, les opérations portant sur le sympathique

Que la symptomatologie vienne à se compliquer; que la constipation déjà ancienne se montre très opiniâtre; que les crises douloureuses caractérisées par des douleurs abdominales très violentes, à siège sous-ombilical gauche, accompagnées de ballonnement du ventre, d'arrêt complet de matières mais *incomplet* de gaz, durant de quelques heures à plusieurs jours et se terminant par une débacle de matières et de gaz — que ces crises douloureuses apparaissent, la méthode des infiltrations deviendra une thérapeutique souvent insuffisante.

C'est que le volvulus, ou mieux le præ-volvulus, est apparu !

« Il faut, pour qu'il se produise, une anse longue, un méso long, un pied d'implantation du méso étroit : que cette dernière condition tienne à une disposition congénitale ou, plus souvent, à la mésentérite rétractive.

« Pendant longtemps, le volvulus fut considéré comme le premier et seul accident des anses sigmoïdes anormalement longues. Plus tard, la fréquence des accidents abdominaux le précédant fut remarquée. Cette période fut appelée par FORGUE « période prémonitoire » et, par ROUX « période médicale ». Puis DELBET et, plus tard LEFEBVRE et LEFLAIVE rattachèrent à l'existence d'un volvulus *chronique*

« les symptômes de cette « période prémonitoire » qu'ils « appelèrent logiquement « période d'état » du volvulus ». (H. MILHET, in Thèse, Paris 1934.)

Nous ne nous attarderons pas sur la distinction entre neurotomies hautes et neurotomies basses (suivant qu'elles portent sur la section des fibres sympathiques pré- ou post-ganglionnaires) et, nous bornant à citer, parmi ces dernières, *la résection du plexus mésentérique inférieur seul* (LERICHE), ou *la résection combinée du plexus mésentérique inférieur et du plexus hypogastrique supérieur* (LEARMOUTH et RANKIN); nous dirons avec LERICHE :

« Il n'est pas nécessaire que chaque chirurgien parcoure « solitairement tout le chemin qui a été tracé par les pré- « curseurs. Il vaut mieux qu'il aborde la route là où elle « semble sûre.

« A l'heure actuelle, le choix n'est plus qu'entre *l'ablation « bilatérale de la chaîne lombaire et la section des splanch- « niques gauches*, section suivie, dans un temps ultérieur, de « *sympathectomie ganglionnaire droite* (2^e, 3^e, 4^e ganglion, « ou le premier) ».

La voie rétro-péritonéale est la plus sûre et la moins choquante pour rechercher la chaîne sympathique; la voie sous-péritonéale convient à la résection des splanchniques.

La technique de ces interventions sera avantageusement étudiée dans les descriptions des différents auteurs.

Nous croyons opportun de reproduire ici, en la résumant, l'observation III de la thèse de VASSILAROS. Il s'agit d'une malade adressée au Professeur LERICHE pour « occlusion du gros intestin », chez qui il pratiqua la *gangliectomie lombaire bilatérale avec résection du présacré*. Les suites opératoires éloignées furent excellentes.

OBSERVATION IV. — Ch. L., 22 ans, opérée en 1907 d'appendicite aiguë, est constipée depuis 1931. Evacuations irrégulières; souvent la malade reste deux ou trois semaines sans aller à la selle. Des douleurs abdominales s'étaient

installées avec de la pesanteur, de l'amaigrissement, de la céphalée, des hémorroïdes, puis des irrégularités menstruelles.

Quand le Professeur LERICHE la vit, elle venait de passer quelques semaines très pénibles. Le ventre était tendu, douloureux. Il y avait 3 semaines qu'elle n'était pas allée à la selle.

Son médecin l'adressa pour « *occlusion du gros intestin* ». On eut les plus grandes peines à obtenir des évacuations. Quand l'intestin fut libre, un lavement baryté montra une image typique de dolichocôlon, avec distension de tout le segment sigmoïdien.

Le 12 novembre 1935, par voie médiane, le Professeur LERICHE fit une section du présacré et l'ablation des quatrième et troisième ganglions lombaires des deux côtés. La première selle eut lieu le cinquième jour, puis les évacuations se régularisèrent.

Au début de juillet 1937, donc au bout de 19 mois, l'état général était bon. La malade s'alimentait bien, avait des selles régulières, n'avait presque plus jamais mal au ventre. Elle travaillait régulièrement et menait une vie active.

En juillet 1939, Monsieur LERICHE a revu l'opérée à Paris. Elle va bien, est mariée, a eu une grossesse à terme. Elle est encore un peu constipée, et se trouve très bien en prenant, de temps en temps, des laxatifs huileux.

Le résultat est donc très satisfaisant et date depuis près de 4 ans.

La résection de la chaîne sympathique lombaire gauche a donné à P. MALLET GUY qui l'a pratiquée un succès thérapeutique.

OBSERVATION V. — Mlle P., 54 ans, accuse depuis 9 ans des signes digestifs complexes, digestions lentes, état nauséeux, quelques vomissements, et surtout des douleurs épi-

gastriques survenant par crises, sans horaire précis, irradiées à droite et s'accompagnant des céphalées très violentes.

Echec complet d'une cholecystectomie.

Il s'agit, en réalité, d'une constipée très ancienne, n'allant jamais à la selle sans lavement ou laxatifs variés. La malade n'a pas eu de crise typique de torsion, *mais seulement quelques épisodes d'obstruction* qui cèdent spontanément, avec émission très abondante de gaz, ou sous l'effet d'un grand lavement.

L'examen clinique révèle une zone douloureuse iliaque droite.

Le 16 avril 1941, l'examen radiologique avec lavement baryté montre les détails d'un dolichocôlon très accentué; le sigmoïde dessine deux grandes boucles, le colon descendant en forme une troisième.

Infiltration lombaire bilatérale, dont les effets se marquent, après une heure, sur un nouveau cliché, par un raccourcissement notable du côlon et la disparition d'une des boucles sigmoïdiennes.

Selles spontanées pendant les trois jours qui suivent l'infiltration; puis les signes fonctionnels réapparaissent peu à peu.

Une deuxième infiltration lombaire bilatérale, faite le 23 août 1941, donne une sédation des symptômes: selles spontanées quotidiennes, disparition de la céphalée, atténuation des douleurs cœcales.

Le 29 avril 1941 *sympathectomie lombaire gauche*. Résection des trois premiers ganglions lombaires gauches.

Lavement baryté le 7 mai 1941: très notable réduction du côlon. La malade part le 15 mai ayant, depuis une semaine, chaque jour, une selle spontanée. Troubles digestifs, douleurs et céphalées ont disparu. Cinq mois après l'intervention, la malade se déclare enchantée du résultat obtenu.

Dans certains cas, la résection unilatérale des trois premiers ganglions lombaires, qui, comme nous venons de le voir dans l'observation précédente, a donné aux chirurgiens les résultats excellents et stables, peut, après sédation

d'abord complète des symptômes, aboutir à une progressive rechute qui justifierait la résection de la deuxième chaîne lombaire.

P. MALLET-GUY prétend que « si l'opération unilatérale s'avère comme habituellement insuffisante, il est préférable « d'envisager d'emblée, en un seul temps, la double résection « sympathique. »

Nous n'avons pu, à notre grand regret, trouver dans la littérature, une observation à l'appui de cette théorie, mais seulement un cas de dolichocôlon énorme, non compliqué, guéri par la sympathectomie lombaire bilatérale pratiquée en deux séances par MALLET-GUY.

Voici encore une observation fort instructive empruntée à la thèse de VASSILAROS : la section unilatérale des *splanchniques associée à une sympathectomie lombaire opposée* a mis fin à des accidents inquiétants.

OBSERVATION VI. — M. J. H., âgée de 6 ans, a commencé à avoir des difficultés pour aller à la selle à l'âge de 18 mois. Elle restait quelque fois 8 à 10 jours, malgré des purgations, sans évacuation.

Le ventre était gros et ballonné. La constipation était par instants entrecoupée de diarrhée. L'enfant était maigre, jaune et ne pesait que 13 kilogrammes à 4 ans.

En Décembre 1935, plusieurs crises abdominales douloureuses, avec fièvre élevée, incitèrent à faire un examen radiographique qui montra une dilatation avec élongation du côlon sigmoïde, et la présence d'une anse supplémentaire.

En Janvier 1936, l'état s'aggrava localement et généralement : les crises douloureuses étaient incessantes, l'amaigrissement considérable. La température se maintenait toujours au-dessus de 37°5. Après multiples examens, on se décida à une intervention sympathique que, vu la gravité de l'état général, on décida de fragmenter en deux temps.

Le 8 juillet 1936, le Professeur LERICHE *enleva à gauche les 3^e et 4^e ganglions lombaires.*

Les selles furent obtenues le cinquième jour spontanément et, depuis lors, tous les jours il y eut une selle spontanée.

Le 21 juillet, *les deux splanchniques droits furent coupés.* Une selle abondante fut obtenue le troisième jour, puis les évacuations furent régulières. Amélioration rapide de l'état général.

Depuis lors, l'enfant était revue souvent. Des séries d'examens radiographiques ont été faits : les bouillies barytées s'évacuent régulièrement en 30 heures. La fonction du côlon est normale.

L'enfant est transformée. Le 20 juillet 1937, un an après l'opération, la mère nous dit que sa fille va à la selle tous les jours deux fois, sans aide médicamenteuse.

Revue en Juillet 1939, l'enfant a grandi, a une constitution et un état général parfaits.

Donc résultat excellent datant de trois ans.

Autre résultat satisfaisant dans un état très grave cité par VASSILAROS (Obs. X.)

OBSERVATION VII. — Pl... Josette, 6 ans; gros ventre et constipation tenace dès la naissance. Lavements quotidiens peu efficaces. A l'âge de 4 mois et demi l'enfant met onze jours pour aller à la selle. A cette occasion une radiographie montre un côlon très dilaté refoulant le diaphragme.

Les médecins consultés ont refusé d'opérer l'enfant à cette époque. Lavements huileux bi-quotidiens.

En Décembre 1935, pendant 2 jours, elle ne reçoit pas de lavement. Une *occlusion* s'ensuit avec vomissements, forte dilatation de l'abdomen et oligurie. Les lavements ne font plus rien. Un chirurgien dégage le rectum des matières dures qui l'obstruent et les évacuations ont lieu les jours suivants, abondamment.

En 1937 cure à Châtel-Guyon sans résultat.

Une nouvelle radio montre une dilatation énorme et un allongement portant sur le côlon gauche, le transverse et une partie de l'ascendant. L'enfant paraît très fatiguée, très pâle; a une santé très fragile. Le cas paraît très mauvais.

Le 30 novembre 1938, le Professeur LERICHE fit *une section du grand splanchnique gauche; en même temps fut enlevé le premier ganglion de la chaîne lombaire*. Suites complexes. Le troisième jour évacuation de gaz; le cinquième, crises douloureuses avec météorisme et péristaltisme intenses. Le sérum hypertonique intra-veineux a fait cesser la crise et provoqué une évacuation abondante.

Le 17 décembre, le Professeur LERICHE *résèque un segment assez long de la chaîne lombaire droite*. Aucun incident post-opératoire important.

En janvier 1939, l'enfant se portait bien, mangeait tout avec appétit, jouait, avait un ventre moins ballonné. Elle avait eu plusieurs évacuations spontanées, mais irrégulières; les lavements, laxatifs et suppositoires étaient administrés sans rythme précis. Elle quitte la clinique.

En avril 1939, sa mère écrit que sa fillette a un état général satisfaisant. Plus de gros ennuis avec son intestin depuis l'opération; elle ne suit plus un régime spécial, mais elle ne va pas encore spontanément à la selle. Les gaz passent bien, elle n'a plus les phénomènes d'occlusion qu'elle présentait si souvent.

Une nouvelle radiographie montre un côlon encore très dilaté, surtout à gauche.

OBSERVATION VIII. — Mêmes résultats heureux obtenus par la simple *splanchnicectomie gauche* chez une malade de 35 ans qui souffre d'une façon permanente dans la fosse iliaque droite, avec constipation, ballonnement abdominal et vomissements (au moment des poussées douloureuses).

Obs. VI de P. MALLET-GUY.)

Une double infiltration lombaire bi-latérale donne une amélioration fonctionnelle passagère, si bien que MALLET-GUY décide l'intervention : *splanchnicectomie gauche*. Les selles restent encore très irrégulières et très rares pendant les premières semaines. L'évacuation intestinale devient spontanément régulière quinze jours après l'intervention : les douleurs ont alors complètement disparu.

Deux mois après l'intervention, fonctionnement intestinal normal ; quatre mois plus tard, malade en excellent état.

Que l'on s'adresse à la chaîne lombaire (sympathectomie uni ou bi-latérale) ou aux splanchniques (splanchnicectomie gauche, complétée ou non par l'ablation des ganglions lombaires du côté opposé), les résultats sont également satisfaisants ; et il sera sage de faire appel aux ressources de la chirurgie du sympathique toutes les fois que l'on se trouvera en présence de menace de volvulus du côlon, d'accidents bénins du volvulus, de « volvulus chronique » comme l'on dit couramment.

Mais à laquelle de ces opérations nous adresserons-nous ?

« Nous n'avons pas encore assez d'expérience, dit LÉRICHE, « pour savoir ce qui vaut le mieux. La *section des splanchniques* est très satisfaisante. Je dirais volontiers que ce « serait probablement l'opération de choix, s'il ne s'agissait « souvent de malades à tension basse, ce qui oblige à quelques réserves.

« En effet, j'ai vu une fois et une fois seulement sur sept « ans, la section du splanchnique être suivie, au bout d'un « an, après guérison complète des troubles intestinaux, d'une « asthénie, d'une lassitude qui ont trouvé leur explication « dans une baisse de la tension. L'enfant avait 10-7 avant « l'opération. Un an après, JUNG constata une maxima de 7 et « une minima difficile à fixer, probablement au-dessous de 5.

« Sur plus de 90 splanchnicotomies que j'ai faites en « dehors de l'hypertension, je n'ai vu un déficit surrénalien

« que dans cette unique observation; je pense qu'il faut la
« retenir.

« *L'ablation des ganglions lombaires* m'a donné d'excellents
« résultats quand je l'ai faite des deux côtés, suivant le conseil
« d'Adson.

« Mais, dans cette question, il est vain de légiférer pour
« l'instant et de vouloir fixer des limites aux indications
« opératoires.

« Il y a encore trop d'inconnues; notre expérience est trop
« courte; nous devons tâtonner. » (LERICHE.)

Il est un point sur lequel nous ne saurions trop insister : les opérations portant sur le sympathique s'adressent *uniquement* aux cas de « *volvulus chronique* ». Nous employons volontiers cette expression de « *volvulus chronique* » parce qu'elle est aujourd'hui uniformément admise et qu'elle répond à un état anatomo-pathologique assez précis.

« Le « *volvulus chronique* » est interprété différemment par ROUX (de Lausanne) et par DELBET. Pour ROUX, il s'agit d'une torsion colique incomplète mais permanente, dont la méso-sigmoïdite est la conséquence et non la cause. Pour DELBET, la torsion n'est pas permanente, mais l'anse a une grande tendance à se tordre, à « capoter », parce qu'elle est trop longue, trop mobile et parce que son méso est le siège de méso-sigmoïdite rétractile. Lorsque cette torsion se produit, les troubles apparaissent. Lorsqu'elle cesse, c'est-à-dire lorsque l'intestin reprend une disposition topographique normale, tout rentre dans l'ordre.

Cette étiologie des accès d'obstruction intestinale incomplète explique que leur symptomatologie rappelle — mais en miniature — celle du *volvulus aigu*. Dans les deux cas, les douleurs prédominent dans la fosse iliaque gauche, le ballonnement est localisé et oblique, les vomissements absents, la résolution spontanée possible. De toutes les occlusions, en effet, il n'y a guère que celle du *volvulus* qui puisse guérir spontanément. » (HENRI MILHIET.)

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE LA PHASE DU VOLVULUS DECLARE

Les Colectomies

Tout autre sera la conduite à tenir quand nous nous trouverons en présence d'un volvulus *confirmé*. Les accidents d'occlusion aiguë — douleur soudaine, déchirante, à siège sous-ombilical gauche, exacerbée par les contractions de l'intestin; rétention des matières et des gaz; au début, tout au moins, ballonnement considérable *localisé et oblique* — s'accommodent mal des pratiques de la neuro-chirurgie sympathique, telles que nous venons de les exposer.

Notons, sans plus tarder, que l'absence de vomissements distingue, en général, le volvulus de l'anse sigmoïde de l'occlusion intestinale aiguë.

« Le volvulus est une complication fréquente du dolicho-côlon sigmoïdien; très souvent même c'est une complication qui apparaît comme premier signe révélateur du dolichocôlon. Celui-ci s'est traduit jusque là par de la constipation plus ou moins opiniâtre; mais l'on n'a pas pensé à rechercher la possibilité d'une ectasie, d'un allongement colique par la radiographie ou la rectoscopie. De petites crises d'obstruction auraient pu donner l'éveil, surtout celles qui s'accompagnent de coliques vives et qui sont en rapport avec des volvulus incomplets, se détordant spontanément, mais plus prédisposés à la récurrence ». (GUY SEILLÉ.)

Le traitement du volvulus du dolicho-sigmoïde a été parfaitement précisé par LECÈNE, OKINCZYK, ALGLAVE, FORGUE

dans des articles ou dans les discussions à la Société de Chirurgie.

Actuellement, il est définitivement admis que *l'anus sur l'anse tordue* laissant subsister l'étranglement est une opération vaine qui n'amènera qu'exceptionnellement la guérison de l'occlusion si le volvulus n'est pas trop serré.

La *détorsion* est logique; mais, même suivie de colopexie, elle expose à la récédive à peu près fatale.

Actuellement la colectomie est l'intervention la plus logique lorsque la décision a été prise de traiter par la chirurgie un dolichocôlon volvulé.

On peut la pratiquer de diverses façons : procédés en un temps, procédés classiques en plusieurs temps, procédés originaux.

a) *La Colectomie en un temps*

La colectomie suivie immédiatement d'enterorrhaphie circulaire n'offre pas une grande sécurité opératoire; les sutures au niveau du côlon sont particulièrement fragiles.

SEILLÉ, dans le chapitre de sa thèse consacré au traitement du mégacôlon compliqué de volvulus, prétend qu'au cours de ses recherches il a vérifié que cette intervention a été pratiquée 7 fois dans 15 cas de volvulus, et qu'elle a donné 6 guérisons parfaites et rapides, et une seule mort par péritonite.

La statistique de LAUNAY, avec 5 cas *tous guéris*, est évidemment fort impressionnante.

LEVEUF, dans un cas, a pratiqué la colectomie en un temps suivie de suture bout-à-bout; mais, après avoir fait une occlusion péritonéale de son anastomose et suturé le péritoine pariétal au péritoine du méso-sigmoïde.

Fort heureusement il avait pris cette précaution, car très rapidement se formait un abcès stercoral qui s'évacuait au dehors et laissait une fistule.

Un peu plus tard, des accidents d'occlusion aiguë l'obligeaient à pratiquer une cœcotomie d'urgence. Enfin, le malade guérit après fermeture successive de son anus colique et de son anus cæcal.

Cette méthode de la résection en dehors du péritoine, mais avec entérorraphie bout-à-bout recouverte par la paroi suturée, ne semble donc pas avoir donné une guérison plus rapide que la véritable extériorisation-résection, tout en faisant courir de grands risques au malade.

Voici le cas vraiment heureux du malade du Docteur GUIMBELLOT dont l'observation a été publiée dans le Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1920.

OBSERVATION IX. — Malade âgé de 26 ans. Depuis l'enfance, constipation augmentant jusqu'à durer 3 ou 4 jours avec distension abdominale et crises de coliques.

Le 18 novembre 1919, douleur extrêmement violente dans le ventre, prédominant dans l'hypocondre gauche. Arrêt des matières et des gaz; pas de vomissements. Ventre météorisé, voussure apparaissant dans l'hypocondre gauche durant 20 à 30 secondes; au niveau de cette voussure, douleur à la palpation et sonorité tympanique sans matité.

Opération d'urgence 36 heures après le début des accidents. Incision médiane sous-ombilicale; extériorisation d'une anse sigmoïde du diamètre d'une cuisse d'adulte, noire, tordue à un tour $3/4$ dans le sens des aiguilles d'une montre. Après détorsion, l'anse restant noire, on fait une résection avec suture bout à bout par double surjet à la soie; drain dans le Douglas.

Suites opératoires parfaites; ablation du drain le deuxième jour.

Première selle le sixième jour.

Suites éloignées : Il n'y a plus de crises douloureuses violentes, mais persistance de la constipation et de quelques coliques après le repas.

A la radio, on constate, au point de vue anatomique, l'existence d'un dolichocôlon transverse droit, d'un mégacôlon descendant et d'un rétrécissement au niveau de l'anastomose. Au point de vue physiologique, stase transverse droite pendant 48 heures, descendante pendant 72 heures. L'anastomose rétrécie est donc suffisante physiologiquement.

Aussi intéressant est le cas du malade opéré par le Docteur LAUNAY.

OBSERVATION X. — Mme G., 50 ans, opérée le 23 mars 1923 pour un volvulus sigmoïde récidivé de 24 heures; déjà opérée, un an auparavant (5 février 1922), au troisième jour du même volvulus *alors seulement détordu*.

Colectomie de 47 centimètres du gros intestin, représentant le côlon iliaque gauche; colorraphie termino-terminale à 3 plans, en une seule séance.

Guérison simple; aucun trouble fonctionnel depuis.

Dans ces deux cas, comme dans les quatre autres cités par SEILLÉ dans sa thèse, *la colectomie suivie de colorraphie terminoterminal immédiate* a donné aux opérateurs des résultats excellents.

Moins heureux a été le Professeur LECÈNE chez sa malade, une femme de 42 ans, opérée d'une première crise de volvulus de l'S iliaque en novembre 1910 par détorsion et fixation de l'anse.

En avril, deuxième crise de volvulus; opération précoce le deuxième jour, bon état général; *résection et anastomose termino-terminale*.

Mort le huitième jour par péritonite progressive et intoxication hépatique.

« Comparant la colectomie avec entérorraphie immédiate et la colectomie par extériorisation, ALGLAVE pose les indi-

cations opératoires de l'un et de l'autre procédé; il trouve leur indication dans l'état de l'anse et l'état de résistance du sujet.

« Si l'anse n'est pas très malade, le sujet résistant, la colectomie avec entérorraphie immédiate doit être faite.

« Si l'anse est d'aspect douteux, noirâtre, mais que le sujet conserve une parfaite résistance, la colectomie en un temps *peut encore* être tentée.

« Si l'anse est gangrénée, il faut extérioriser, réséquer rapidement et faire secondairement la cure de l'anus. »

Pour LECÈNE, OKINCZYK ces indications font une trop large part à la colectomie en un temps. Il est vrai que les cas de GUIMBELLOT et de LAUNAY sont très beaux et les résultats parfaits; mais il n'en demeure pas moins imprudent, en période d'occlusion, de tenter une résection suivie d'entérorraphie immédiate. Ce procédé a causé une mort opératoire (malade de LECÈNE), alors que l'autre procédé avec extériorisation n'a aucune mortalité à son actif.

« Nous pouvons donc conclure — et tel est l'avis de la « plupart des chirurgiens, actuellement — que tout dolicho-
« côlon en volvulus, quel que soit l'état de l'anse et la ré-
« sistance du malade, doit être traité par la méthode la plus
« sûre, la colectomie après extériorisation. » (SEILLÉ.)

b) — *Les colectomies classiques en plusieurs temps*

La colectomie en plusieurs temps a évidemment l'avantage d'être une méthode très sûre; mais l'inconvénient d'être longue, en multipliant les temps opératoires, et de nécessiter la fermeture d'un anus, fermeture souvent pénible et non toujours exempte de danger.

Elle comprend essentiellement trois temps : *extériorisation, résection, cure de l'anus*. Les auteurs ont groupé ces différents temps opératoires et les ont modifiés de maintes manières.

Ces procédés ont été longuement et clairement exposés dans l'ouvrage de M. OKINCZYC sur le cancer de l'intestin, ainsi que dans la thèse de CRUET.

La résection de l'anse peut suivre immédiatement son extériorisation, ou en être séparée par un laps de temps plus ou moins long : la résection peut donc être *immédiate ou retardée*.

C'est à la méthode des opérations sériees que s'est adressé notre Maître, Monsieur le Professeur MASSABUAU, chez les deux malades dont il a bien voulu nous communiquer les observations que nous reproduisons ci-après.

OBSERVATION XI. — S..., Jean-Marie, 50 ans, entre pour occlusion intestinale : début brutal vers 2 heures, le 18 juillet 1942, par une violente douleur de tout l'abdomen. Pas de vomissements. Pendant la journée du 18 juillet crises de coliques assez peu intenses et courtes. Pas d'antécédents digestifs nets ; pas de sang par l'anus ; pas de déformation de matières fécales.

Depuis le début arrêt complet des matières et des gaz.

Examen. — Bon état général. Pouls à 80. Abdomen distendu, respirant bien ; le dessin du cadre colique est au complet. A la palpation pas de point douloureux net. Région épigastrique tendue, dure, se défendant. On y sent une masse ovoïde résistante pouvant bien être une anse intestinale volumineuse et dilatée ; fosses iliaques droite et gauche libres.

A 14 heures lavement baryté : la bouillie opaque remplit bien le rectum, puis, après un temps d'arrêt, pénètre dans une anse énorme latéro-médiane droite qui monte dans la région épigastrique, puis redescend dans l'anse latéro-médiane gauche, et enfin ébauche une montée putrale gauche.

A 15 heures 30 *infiltration des deux splanchniques par 10 centimètres cubes de scurocaïne. Résultat nul.*

Intervention: 18 juillet 1942.

a) Rachi-anesthésie. On trouve un volvulus du côlon pelvien ayant tourné de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre — l'anse est énorme, sans lésion.

Détorsion; *extériorisation facile de l'anse tout entière* jusqu'au delà du point de torsion, par une incision iliaque gauche. Fermeture soigneuse du péritoine autour des deux pieds de l'anse; pieds qui sont par ailleurs réunis entre eux par deux points au fil de lin. Une sonde est introduite dans le bout supérieur.

Choc opératoire marqué.

Pas d'issue de matières et de gaz par la sonde de l'anse intestinale extériorisée. Suintement séreux abondant venant des parois de l'anse. Le malade agité dans la nuit a enlevé sa sonde. Ventre ballonné dans son ensemble, non douloureux. État général satisfaisant. Pouls à 80-90, bien frappé. Facies peu modifié; langue humide.

b) Au quatrième jour (22 juillet) *résection laborieuse* de l'anse au thermo, laborieuse car l'hémostase du méso est difficile. Exoseptoplix. Sonde dans le bout afférent; lavement d'eau stérilisée de 700 cc. Matières très diluées et peu abondantes. Sérum et péristaltine. Apparition d'une légère suppuration pariétale.

Le 23 juillet, apparition d'un foyer à la base droite = fièvre, crachats; Dagéнан, ventouses scarifiées, puis suppositoires à la créosote.

c) Le 19 août 1942, c'est-à-dire un mois après la première intervention, on applique l'*entérotome de Dupuytren*. Le soir température à 39°5.

Chute de l'entérotome le 25.

Le 27 août, deuxième application de l'entérotome. Chute de l'appareil le 1^{er} septembre.

Le 1^{er} octobre 1942, plus de traces de l'éperon. Le passage entre les deux bouts est excellent, mais l'anus iliaque est assez large: on ne peut escompter sa fermeture spontanée rapide. On décide d'en pratiquer la *fermeture par voie extra-péritonéale*, courant octobre.

Une nouvelle fistulation partielle suit l'intervention ; mais elle est rapidement tarie et la guérison est complète quatre mois après la première opération (10 novembre 1942).

OBSERVATION XII. — D..., Camille, 57 ans. Il y a trois jours, le 17 août 1942, a commencé à éprouver quelques douleurs abdominales avec arrêt des matières et des gaz. L'état est allé en s'accroissant dans la journée du lendemain, avec vomissements abondants, et, de plus, faux besoins fréquents d'aller à la selle. Le matin de l'entrée les vomissements, au dire du malade, sont devenus fécaloïdes.

À l'entrée il se plaint de douleurs abdominales en crises successives, dont plusieurs se produisent sous nos yeux ; il ne vomit pas ; pas d'émission de matières ni de gaz. Son faciès est pâle, anxieux, angoissé au moment des paroxysmes douloureux. Température : 37°4. Pouls : 80. Langue humide. Abdomen ballonné. La distension est généralisée ; sous nos yeux se dessine nettement le cadre colique, mais il existe aussi une zone de distension médiane. Pas de péristaltisme spontané ni provoqué, pas davantage au moment des crises. Sonorité généralisée.

Lavement baryté. Distension de l'ampoule rectale ; arrêt brusque à la charnière recto-sigmoïdienne. Reflux de la baryte.

Le 19 août 1942 : *Opération*.

On pratique, à gauche, une *incision* analogue à celle de MAC-BURNEY, mais plus haute. On constate que le cæcum est très dilaté mais, qu'au dedans de lui, existent des anses encore plus tendues et paraissant se prolonger vers le pelvis.

Volvulus du côlon pelvien qui a subi une rotation de 180° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Détorsion de l'anse ; émission immédiate de gaz par l'anus. *Extériorisation* par une ouverture pratiquée par dissociation musculaire, en dedans et au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. L'extériorisation est rendue *très difficile* par ce fait que le point de torsion est situé très bas.

La paroi est saine; il n'existe pas de striction nette au pied de l'anse, mais une zone manifestement contracturée.

Solidarisation par quelques points en V, au fil de lin, des deux pieds de l'anse au péritoine. Solidarisation entre eux des deux pieds de l'anse et du méso, par un point de chaque côté.

Une sonde de gros calibre est passée dans l'orifice supérieur. Fermeture partielle de la paroi autour.

20 août. Pas de choc opératoire mais douleurs très vives par tiraillements sur le pied de l'anse extériorisée. Fuite de matières entre la sonde et l'anse.

21 août. *Deux jours seulement après l'intervention résection de l'anse au bistouri électrique.*

Mise en place d'un tube de Paul dans le bout supérieur, et d'un gros drain de caoutchouc dans le bout inférieur. On solidarise à la peau, par une série de points séparés au fil de soie, tout le pourtour des orifices supérieur et inférieur. C'est ainsi seulement que l'on peut éviter le risque de voir une nouvelle réintégration dans le péritoine, car, malgré les apparences, une partie des sutures solidarissant le pied inférieur de l'anse au péritoine a lâché.

13 octobre. L'évolution ultérieure aboutit à une dilatation marquée en cul-de-sac du bout supérieur et surtout, fait plus notoire, à une rétraction progressive avec atrésie du segment inférieur. Malgré les dilatations répétées aux lamineuses, il se fait là un canal admettant à peine le petit doigt et rendant peu plausible un rétablissement spontané du circuit.

Une transverso-sigmoïdostomie est pratiquée, le 13 octobre, c'est-à-dire près de deux mois après la première intervention.

A la date du 20 novembre, l'anus persiste encore ; il ne disparaît que le 22 décembre, après une cure extra-péritonéale qui, malgré une fistulisation partielle consécutive, donne la guérison après 4 mois d'hospitalisation.

La colectomie en plusieurs temps a été également pratiquée quatre fois, par la méthode de l'*extériorisation-résection*, sans

aucune mort post-opératoire et avec des résultats éloignés très satisfaisants, chez les opérés dont nous retrouvons l'histoire clinique dans la thèse de GUY SEILLÉ.

Ce procédé avec extériorisation n'a aucune mortalité à son actif, donne des suites opératoires quelquefois simples, et a permis entre autres au Professeur GOSSET de guérir une malade de 82 ans et qui est restée en parfaite santé, 7 ans après l'intervention.

OBSERVATION XIII. — Mme B..., 82 ans, entre à l'hôpital, le 4 août 1922, pour phénomènes d'occlusion intestinale.

Constipation de toujours.

En 1915 survint une crise un peu semblable à celle qui a déterminé l'opération : c'était une crise de constipation avec ballonnement du ventre et douleurs qui a duré 8 jours. Un lavement avec un tube intestinal très long permit l'évacuation. Il s'est agi probablement d'une crise de *volvulus incomplet*.

Plusieurs petites crises depuis 1915, avec ballonnement, se terminant par l'évacuation de gaz abondants et un affaissement du ventre.

Le 1^{er} avril 1922, début d'une période de constipation; mais, cette fois, sans émission de gaz. La distension du ventre augmente; des nausées surviennent. Pendant 48 heures aucune émission de gaz : coliques douloureuses, vomissements de bile.

Le 4 avril, admission d'urgence. Ballonnement considérable avec péristaltisme; état nauséux continu, langue sèche.

Première opération le 4 avril 1922. Opérateur Professeur GOSSET.

Anesthésie régionale. Détorsion du mégacôlon sigmoïde. *Extériorisation et résection immédiate*.

Première selle par l'anus artificiel 2 jours après l'intervention.

Deuxième opération. *Fermeture de l'anus*. Après libération des deux bouts de l'intestin on les suture ensemble. Par

dessus on dispose un plan pariétal pour consolider la suture intestinale. Petit drain car le milieu est septique. Fermeture.

Suites opératoires : La fermeture de l'anus ne tient pas.

Sept ans après l'opération, la malade se porte aussi bien que le permet son grand âge (82 ans). Les selles qui se font uniquement par l'anus contre nature sont difficiles et ne s'accomplissent qu'avec aide de lavements et de laxatifs. Mais la malade ne présente plus de crises de ballonnement ni de coliques abdominales.

L'opérée de GAUDART-D'ALLAINES (56 ans), colectomisée en plusieurs temps, présente par la suite un fonctionnement radiologique normal de l'intestin (Obs. 49 in thèse SEILLÉ).

L'opérée de HERTZ, 5 mois après l'intervention, va à la selle chaque jour, sans médication, et se trouve en parfait état. Cure extra-péritonéale de l'anus, 70 jours après la première opération; *et guérie 3 mois après l'opération de la cure de l'anus.* (Obs. 51, thèse SEILLÉ).

Dans le Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris — séance du 10 juillet 1935 — Monsieur J. OKINCZYK cite dans son rapport deux observations de malades opérés en plusieurs temps par le Docteur GOINARD d'Alger.

OBSERVATION XIV. — Ahmed ben Mohamed (30 ans), journalier.

Dolichosigmoïde : subocclusion

Rachi; laparotomie médiane, puis *extériorisation* du sigmoïde par incision iliaque gauche.

Résection, le quatrième jour, de l'anse extériorisée.

Un mois et demi après *tentative infructueuse de cure extra-péritonéale de l'anus* après entérotomie de l'éperon.

Trois mois et demi après, *cure intrapéritonéale.*

Persistance d'une fistulette assez longtemps, et guérison définitive au bout de sept mois.

OBSERVATION XV. — Bouziane Ramdan ben Lounes (35 ans), journalier.

Dolichosigmoïde tordu avec complications hépato-vésiculaires.

Laparotomie médiane sous rachi.

Extériorisation iliaque. Résection le troisième jour.

Plusieurs complications : abcès ischo-rectal ; phlegmon périnéphrétique ; réaction inflammatoire d'un genou.

Résultat incomplet de la *cure intra-péritonéale de l'an*us iliaque. On doit la compléter, au bout de quatre mois, par une intervention extra-péritonéale.

Guérison définitive au bout de neuf mois et demi.

Reprenons une à une chacune de ces observations. Nous passerons volontiers sous silence les difficultés opératoires dont parvient à triompher l'habileté du chirurgien.

Il nous sera cependant permis de faire remarquer que l'extériorisation de l'anse n'est pas toujours facile, soit à raison de la *profondeur du point de torsion* (Obs. XII Professeur MASSABUAU), soit à cause de son *volume* (Obs. IX, Docteur GUIMBELLOT, in thèse SEILLÉ).

Par ailleurs, des tiraillements peuvent s'exercer sur des segments distendus, les *sutures* solidarisant le pied de l'anse au péritoine peuvent lâcher (Professeur MASSABUAU, Obs. XII) ; la *rétraction des bouts*, surtout celle du bout inférieur, peut compromettre les résultats opératoires.

Mais, ce qui nous a surtout frappé, ce sont les *difficultés créées par la cure de l'an*us artificiel et la *lenteur des suites*. Il en a été ainsi chez les deux malades du Professeur MASSABUAU.

Chez le premier, S..., Jean-Marie, la fermeture extra-péritonéale de l'anus est tentée, à deux reprises, le 1^{er} et le 20 octobre, et ce n'est que vers le milieu du mois suivant que la fistule stercorale s'est définitivement tarie, soit *quatre mois après la première intervention*.

Chez le second, D..., Camille, la nécessité d'une transverso-sigmoïdostomie s'est imposée par la rétraction progressive avec atrésie du segment inférieur. Pratiquée le 13 octobre, c'est-à-dire deux mois après la première intervention, la cure extra-péritonéale de l'anūs iliaque, malgré une fistulisation partielle consécutive, *n'a donné la guérison que quatre mois après l'extériorisation de l'anse.*

Chez le premier malade de GOINARD (Obs. XIV), la cure de l'anūs a dû être renouvelée : une première fois, par voie extra-péritonéale, un grand mois après l'extériorisation du sigmoïde; une deuxième fois, par voie intra-péritonéale, près de deux mois plus tard. Une fistule persista assez longtemps et ne se ferma spontanément que *sept mois après l'entrée du malade à l'hôpital.*

Chez le deuxième malade de GOINARD (Obs. XV), la cure intra-péritonéale de l'anūs a été tentée quatre mois après l'extériorisation, et la fistule consécutive s'est tarie seulement *neuf mois et demi après la première intervention.*

Cette longueur des suites opératoires ne laisse pas que d'être impressionnante.

Aussi, certains chirurgiens ont-ils essayé de procédés opératoires que nous grouperons sous la rubrique de « Procédés originaux ». Ce sont ces derniers que nous allons maintenant étudier.

c). — Les procédés originaux de colectomie

DELORE-GOINARD, SÉNEQUE

Monsieur J. OKINCZYK rapportant à la Société de Chirurgie quatre cas de dolicho-sigmoïdes volvulés ou non, opérés par GOINARD d'Alger, s'exprime ainsi : « Quand des observations nouvelles marquent un progrès d'indication et de technique, confirmé par la meilleure qualité des résultats, « nous devons leur faire bon accueil.

« Dans les quatre observations que nous adresse Monsieur GOINARD la progression est évidente, et ses deux dernières observations, par la simplicité et la rapidité des suites opératoires, s'opposent favorablement aux deux premières où la guérison a été obtenue au prix d'opérations itératives, échelonnées sur une période assez longue. Je reconnais d'autant plus ce progrès, qu'en 1928 je recommandais ici formellement encore, par mesure de sécurité, les opérations sérieées auxquelles Monsieur GOINARD s'était conformé dans ses deux premières observations. Monsieur GOINARD a fait mieux que moi dans la suite et je l'en félicite.

« Monsieur GOINARD n'a pas d'ailleurs la prétention de rien innover. Il rappelle que Monsieur DELORE emploie dans les mêmes cas la même technique depuis plusieurs années à Lyon, sans qu'elle ait été adoptée par la plupart des chirurgiens lyonnais.

« Il l'a recommandée avec BISCH, dans la Revue de Chirurgie, en 1932, apportant à l'appui quatre observations démonstratives, et décrivant sa technique avec précision.

« La résection du côlon pelvien suivie d'anastomose *immédiatement subtotale*, telle que la pratiquent MM. DELORE et GOINARD est même plus ancienne encore et appartient à VOLKMANN qui l'a employée dans les colectomies pour cancer.

« Le mérite de DELORE et GOINARD est d'avoir utilisé cette technique dans le dolicho-sigmoïde volvulé ou non, où son indication est encore plus formelle que dans le néo.

« En utilisant le procédé VOLKMANN, Monsieur GOINARD allie la sécurité de l'opération avec dérivation temporaire à la rapidité de guérison des colectomies idéales en un temps.

« Cette méthode consiste, en fait, à rétablir la continuité intestinale, en laissant subsister un quart de la suture fistulisée à la paroi. »

La dérivation temporaire est nécessaire à la sécurité de l'intervention : elle est assurée par cette fistule « in situ », dit GOINARD.

Et tandis que la cure des anus temporaires des interventions en plusieurs temps est parfois aléatoire et toujours longue, *la fistule consécutive à l'anastomose se referme en quelques semaines et presque toujours spontanément*, ainsi que nous le constatons dans les deux observations suivantes rapportées par OKINCZYC.

OBSERVATION XVI. — B. S..., 60 ans, assez cachectique; depuis trois ans constipation très marquée, entrecoupée de débâcles; douleurs vives dans le bas-ventre; abdomen volumineux dans la région hypogastrique.

L'examen radioscopique montre un dolichocôlon accentué.

Intervention le 22 janvier 1935. Anesthésie locale car tension basse (11-7).

Courte incision sous-ombilicale. On *extériorise* le sigmoïde dont le méso est rétréci par des étoiles cicatricielles. Suture au péritoine pariétal des deux segments de l'anse et de son méso. Surjet séro-séreux unissant les deux segments de l'anse qui sont alors *sectionnés*. *Anastomose termino-terminale subtotale* en deux plans; un drain dans le bout supérieur.

Quelques crins passés à travers les lèvres musculo-aponévrotiques de l'incision enfouissent l'anastomose. *Fermeture partielle* des téguments. L'opéré n'est nullement choqué. Suites normales.

Gaz par l'anus naturel et matières dans le pansement le 28 janvier. État général excellent.

Le 5 février, trois selles par les voies naturelles. A partir du 8 les selles sont émises régulièrement.

La fistule « in situ » se retrécit peu à peu; elle paraît fermée fin février; mais une fistulette persistera jusqu'en mars.

A partir de ce moment et jusqu'en avril, la fistulette s'ouvre encore de temps à autre, se refermant complètement dans l'intervalle. Elle devient dans l'ensemble si négligeable que l'opéré demande à repartir chez lui au début de mai. On ne peut dire que la fistule soit complètement terminée;

mais il ne viendrait à l'idée de personne de proposer d'intervenir sur elle.

OBSERVATION XVII. — S. A..., 50 ans, souffre depuis 20 ans de douleurs abdominales très irrégulières, sans horaire, et de constipation par périodes. Il y a 6 mois, accident plus douloureux avec ballonnement. Douleurs et troubles se reproduisent.

Le 20 décembre 1934, vendredi de Ramadan, vers les 5 heures de l'après-midi, quelques instants après le repas autorisé, relativement peu abondant, une douleur se fait sentir dans la fosse iliaque gauche, puis gagne la droite et enfin tout l'abdomen. D'abord supportable, elle augmente progressivement et oblige cet homme à se rouler sur son lit.

Dès ce moment, arrêt des matières et des gaz; les purgatifs demeurent sans effet; le ventre augmente rapidement de volume et devient dur.

Le malade attend 9 jours avant d'entrer à l'hôpital, ayant eu la veille des nausées suivies de vomissements. Pas de fièvre.

Entre à l'hôpital le 31 décembre; douleurs très violentes, abdomen très distendu, tympanisme. On fait le diagnostic d'occlusion par dolichosigmoïde.

Intervention sous rachi. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. L'anse extériorisée est énorme, plus grosse qu'une cuisse et distendue par les gaz; les deux segments sont accolés par des brides de méso-sigmoïdite, et l'anse, dont les parois sont intactes, est enroulée de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre.

Le sigmoïde étant extériorisé est exprimé de ses gaz, puis de ses matières. Les deux faces du sigmoïde et de son méso sont suturées au péritoine par des surjets. *Section* des deux segments de l'anse et *suture termino-terminale* en deux plans, en laissant un drain dans le bout supérieur.

Quelques catguts suturant la gaine des droits invaginent l'anastomose. Fermeture partielle des téguments.

L'opéré n'est nullement choqué. On lui fait boire toutes les trois heures du café fort, puis du lait coupé d'eau et du bouillon de légumes.

Il urine abondamment dès l'après-midi et, dès le soir, il a des gaz et une selle par les voies naturelles. Le lendemain trois selles; le pansement abdominal est peu souillé. Le septième jour, alimentation normale.

Le 22 janvier, à la suite d'un purgatif, quelques matières sont émises par la fistule et, pour la dernière fois, deux jours plus tard.

L'opéré sort de l'hôpital le 26 janvier (27 jours après son opération). Quelques gaz sont passés par la cicatrice abdominale jusqu'au 1^{er} février.

« M. GOINARD, dit OKINCZYK, a suivi à quelques détails près, la technique qu'il avait vu utiliser par M. DELORE. Pas d'anesthésie générale à cause des risques de complications pulmonaires. La tension artérielle est presque toujours suffisante, même en cas de volvulus, pour permettre la rachi qui est ici l'anesthésie de choix. S'il n'en était pas ainsi, on pourrait, tout au moins en dehors des crises d'occlusion, mener à bien l'intervention sous anesthésie locale, en s'aidant au besoin de quelques bouffées de Kéléne.

« M. GOINARD estime plus sûr de commencer par suturer au péritoine l'intestin et son méso, juste au-dessous des futures sections. Dès le début de l'intervention il est ainsi extra-péritonéal, avantage indiscutable au point de vue des garanties d'asepsie et du traumatisme opératoire. »

La technique opératoire?

1^o Laparotomie médiane juste suffisante pour permettre l'extériorisation. Dès que l'anse énorme est extériorisée, détordue, exprimée de son contenu, fermeture définitive de la paroi, laissant seulement passage au pédicule du sigmoïde.

2^o Surjets soigneux, sur les deux faces du sigmoïde et du méso, au péritoine pariétal.

3° Hémostase du méso. Section des deux bouts intestinaux. Suture termino-terminale en deux plans des trois-quarts postérieurs des deux bouts.

Un drain dans le bout supérieur.

Quelques crins en X, rapprochant les lèvres musculo-apo-névrotiques de l'incision, enfouissent l'anastomose. Le péritoine pariétal suturé au-dessous de l'anastomose est rebroussé autour d'elle au fur et à mesure qu'elle rentre dans l'intérieur de la cavité abdominale, assurant une protection supplémentaire.

« Même en occlusion, dit GOINARD, si l'état des parois et l'état général le permettent, *l'anastomose immédiate avec fistule partielle temporaire « in situ »* est tout aussi sûre que les intervention en plusieurs temps; elle procure une guérison incomparablement plus rapide.

« On pourrait soutenir, sans paradoxe, que cette suture sub-totale avec fistule « in situ » est même plus prudente que les opérations en plusieurs temps (réserves faites quant aux cas, somme toute exceptionnels, de sphacèle et d'état général grave).

LECERCLE a insisté sur les risques de ces interventions : rétraction des bouts, péritonite. Il faut tenir compte également de la fréquence impressionnante des complications pulmonaires graves après ces interventions pour dolichosigmoïdes en occlusion.

« Aucun risque de ce genre avec la technique de DELORE-GOINARD. La tendance à l'intériorisation, loin d'être un danger, devient ici un avantage. C'est grâce à elle que la fistule guérit spontanément, tout en restant jusqu'au bout extra-péritonéale.

« La comparaison sans commentaires paraît suffisamment éloquente entre les quatre cas de la pratique de GOINARD que nous venons de rapporter dans notre travail :

« les deux premiers (Observations XIV et XV) où a été pratiquée l'opération en plusieurs temps — guérison en 7 mois et 9 mois 1/2, après maintes vicissitudes et des opérations

réitérées pour refermer l'anūs; les deux derniers (Observations XVI et XVII) où a été utilisée l'anastomose immédiate sub-totale — guérison en trois mois chez un vieillard cachectique, en un mois chez l'autre opéré. »

* * *

Malgré ses avantages la technique adoptée par DELORE et GOINARD réalise-t-elle le dernier mot du progrès?

« Je n'oserais l'affirmer, prétend OKINCZYC, car M. SÉNÈQUE, sans perdre la notion de sécurité qui doit toujours nous guider dans nos anastomoses coliques après résection, nous a apporté une technique encore perfectionnée et qui a été exposée dans sa thèse par notre élève commun HENRY MILHIET : *C'est la résection en un temps avec suture totale « termino-terminale extériorisée ».*

« Dans ses grandes lignes, ce procédé consiste à réséquer l'anse dolichocolique, à rétablir la continuité intestinale par une suture termino-terminale suivant la technique de ROBINAU, puis à extérioriser l'anastomose en l'attachant au péritoine pariétal des angles de l'incision et en l'isolant de la grande cavité péritonéale au moyen de deux mèches placées entre l'anastomose et les bords de l'incision. Dans les jours qui suivent cette intervention, l'anastomose, tirée par le mésocôlon, rentre progressivement dans l'abdomen. Dans les cas, d'ailleurs très rares, où une fistule stercorale importante s'établit, une deuxième intervention est nécessaire, mais simple » (MILHIET).

MILHIET rapporte dans son travail quatre observations de dolichocôlon opérées par le Docteur SÉNÈQUE lui-même, et suivant son procédé.

OBSERVATION XVIII. — Dans la première il s'agit d'un homme de 28 ans, ayant présenté des signes de volvulus chronique (mésosigmoïdite rétractile).

Suites opératoires immédiates : une petite fistule stercorale se constitue le 5^e jour. Un drain en T est placé et, au bout de 15 jours, la fistule est tarie. La plaie est complètement cicatrisée 25 jours après l'opération.

Suites opératoires éloignées (sept mois après l'intervention) : guérison presque complète. La constipation s'est très améliorée puisqu'il va à la selle presque tous les jours, sans lavements ni laxatifs; les crises douloureuses et le météorisme ont à peu près complètement disparu. L'état général est excellent.

OBSERVATION XIX. — La deuxième observation est celle d'un homme jeune, 27 ans, chez qui l'on pose le diagnostic de « dolichocôlon compliqué de colite et de mésosigmoïdite rétractile », celle-ci entraînant un « volvulus chronique ».

Une petite fistule stercorale se constitue cinq jours après l'intervention; elle se tarit au bout de dix jours. A ce moment, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, l'anastomose est rentrée dans l'abdomen. Un petit abcès pariétal retarde la cicatrisation qui est, malgré tout, complète 30 jours après l'intervention.

Suites opératoires éloignées, (deux ans après l'intervention) : le sujet est en parfaite santé et ne souffre plus du ventre, bien qu'il ne suive aucun régime.

Un lavement baryté montre que l'intestin ne s'est pas allongé de nouveau, et que l'anastomose fonctionne parfaitement bien.

OBSERVATION XX. — Le troisième cas est celui d'un homme de 62 ans, ayant présenté deux crises douloureuses abdominales qui semblent bien avoir été deux crises d'obstruction intestinales incomplètes.

Le Docteur SÉNÈQUE, appelé d'urgence en consultation au cours d'une troisième crise, pose le diagnostic ferme d'obstruction intestinale à siège colique, gauche vraisemblablement.

Il considère qu'un cancer du côlon sigmoïde ou qu'un volvulus de cette même anse sont vraisemblablement à l'origine de cette occlusion.

Un examen par lavement baryté montre un dolichocôlon sigmoïde compliqué d'un double volvulus.

Intervention pratiquée par le Docteur SÉNÈQUE.

Une fistule stercorale apparaît le huitième jour, qui s'agrandit pour atteindre la demi-circonférence de l'anastomose.

Le vingt-cinquième jour on pratique la fermeture de la fistule par voie extra-péritonéale et par suture bord à bord. La plaie est suturée complètement et un petit drain placé dans l'angle inférieur.

La guérison est obtenue sans suppuration et sans fistule. Durée totale du traitement : 45 jours.

Suites éloignées : État intestinal parfait.

OBSERVATION XXI. — La quatrième observation concerne un homme jeune de 23 ans, se plaignant de constipation intense ayant amené des signes d'intoxication intestinale.

Dans le même temps il a présenté deux crises douloureuses, d'une durée de deux jours chacune, accompagnées de météorisme abdominal.

Intervention suivant la technique habituelle du Docteur SÉNÈQUE. Le méso était le siège de mésentérite.

Suites opératoires immédiates très simples : aucune fistule stercorale, aucune suppuration de la plaie. L'anse est rentrée dans le ventre au dixième jour, la plaie est cicatrisée au bout de vingt jours.

Nous avons été étonné de l'apparition d'une fistule stercorale dans trois cas sur les quatre cités.

Tous les opérés ont présenté également une petite éventration. Nous ne pensons pas qu'il faille incriminer la technique opératoire.

Toujours est-il que, chez les deux premiers malades, la fistule a été assez minime pour qu'elle se soit tarie d'elle-même au bout de quinze à vingt jours. Le laps de temps écoulé entre l'opération et la cicatrisation a été de 25 jours dans le premier cas et de 30 dans le second.

Chez le troisième malade la suture s'est désunie sur sa demi-circonférence antérieure, et la fistule a dû être fermée dans un deuxième temps. Le traitement a demandé 45 jours.

L'âge du sujet (62 ans) explique probablement la désunion des sutures ; mais, comme le dit MILHIET, « ce cas est instructif car il démontre la bénignité de ce procédé, dans le cas même où la pire complication, c'est-à-dire la désunion des sutures, survient. »

Chez le malade de la dernière observation les suites opératoires ont été idéalement simples (aucune fistule, aucune suppuration pariétale). La durée du traitement a été d'un mois. Dans cet excellent résultat, une part revient peut-être au hasard, une autre part revient probablement à l'amélioration de la technique au fur et à mesure des cas.

Ici prend fin l'étude des colectomies, seul traitement rationnel du volvulus confirmé du dolichocôlon. L'infiltration du sympathique, la sympathectomie lombaire bi-latérale, la splanchnicectomie gauche peuvent convenir aux crises douloureuses du volvulus chronique ; mais ce serait une thérapeutique dangereuse que d'y recourir dans les cas d'occlusion aiguë.

CONCLUSIONS

1. Les indications thérapeutiques dans le volvulus consécutif au dolichocôlon pelvien doivent être basées sur la symptomatologie et l'évolution clinique de cette affection.

2. La *neuro-chirurgie sympathique du dolichocôlon*, chirurgie nouvelle, conservatrice, appuyée sur des bases physiologiques, convient aussi bien aux cas de volvulus non déclaré qu'à la phase prémonitoire du volvulus (c'est-à-dire à la phase de sub-occlusion).

Mais, tandis que la méthode des *infiltrations* de la chaîne lombaire, ainsi que celle du splanchnique, convient aux premiers de ces cas, la phase prémonitoire du volvulus s'accommode mieux *des opérations portant sur le sympathique*: ablation bi-latérale de la chaîne lombaire ou section du splanchnique gauche, suivie dans un cas ultérieur de sympathectomie ganglionnaire droite.

C'est seulement en cas d'échec de la « méthode sympathique » que l'on est autorisé à recourir à la colectomie.

3. Tout autres sont les indications thérapeutiques du volvulus aigu, du volvulus déclaré : c'est uniquement aux *colectomies* que nous nous adresserons :

Colectomies en un ou plusieurs temps.

Colectomies modifiées par des procédés originaux.

a) La *colectomie en un temps* serait le procédé idéal; mais elle n'offre pas une grande sécurité opératoire, les sutures au niveau du côlon étant particulièrement fragiles:

b) La *colectomie en plusieurs temps* a un très sérieux avantage, mais elle nécessite la constitution puis la fermeture

d'un anus artificiel, fermeture longue et pas toujours exempte de dangers.

c) Les *procédés originaux* de DELORE-GOINARD et de SÉNÈQUE réunissent les deux qualités de sûreté opératoire et de simplicité.

Mais, dans l'un et l'autre cas, l'extériorisation de l'anastomose est un temps important de ces méthodes, le temps capital, essentiel, celui qui assure la sécurité.

L'avenir thérapeutique semble devoir être réservé à ces procédés originaux.

BIBLIOGRAPHIE

- ADSON. — Indications for operations of the sympathetic nervous system. *J. Americ. med. Ass.* 1936, 106, 360.
- Indications for and results obtained by sympathectomy by Hirschsprung disease. *Surg., Gyn. a. Obst*, Juin 1937, Vol. 1.
- ALGLAVE. — Volvulus de l'S iliaque. *Société de Chirurgie*, 1920.
- A propos du volvulus de l'S iliaque. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1921.
- BELLE (D.). — Sur un cas de volvulus de l'S iliaque avec mégacôlon congénital chez un enfant. *Thèse de Bordeaux*, 1920-21.
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolicho-sigmoïde, in *Maladies de l'intestin. Annales de Médecine*, 1930, t. XXVII.
- BOCCA. — Dolichocôlons et crises douloureuses abdominales. *Journal de Médecine de Lyon*, 1938.
- BONNIOT. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde traité par la résection en trois temps. *Lyon, Chir.*, XXII, 1925, n° 2, Mars-Avril.
- BOPPE. — X^e Congrès des Pédiatres de langue française. *Presse Médicale*, 1938.
- CAIN. — Le dolichosigmoïde. *Clinique*, 1929.
- CHIRAY-LOMON-ROSANOFF. — A propos du dolichocôlon. *Presse Médicale*, 1934.
- CHIRAY, LOHMON et WAHL. — Le dolicho-sigmoïde.
- CUVÉREAU. — De l'infiltration anesthésique du splanchnique et du sympathique lombaire dans le méga et dolichocôlon. *Thèse Lyon*, 1941.
- DAGUE. — Contribution à l'étude du volvulus du côlon transverse. *Thèse de Toulouse*, 1926.

- DELANNOY. — A propos de deux cas de volvulus de l'S iliaque. *Gaz. des Prat.* XXX, 1923.
- DELORE et GAILLARD. — Mégacôlon. Colectomie totale. *Lyon-Méd.*, CXXX, 1921.
- DUVAL. — A propos de l'article de MM. ROBINEAU et LAFFITTE sur la technique et les résultats de l'iléo-colectomie. *Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, XVII, 1927, avril.
- DUVAL (Pierre). — Traitement du mégacôlon, résultats opératoires, étude critique. *Revue de Chirurgie*, 1909.
- DUVAL et PATEL. — Chirurgie du côlon pelvien. XXVII^e Congrès de Chir.
- ELBIM (A.). — Les possibilités de la Chirurgie au cours du mégacôlon non compliqué. In «*Les Feuilles du Praticien*» : Intestin, mésentère. Juillet 1939.
- FERNSTROM. — Contribution à l'étude du volvulus du côlon sigmoïde et spécialement de sa forme chronique. Technique de la résection colique. — *Acta chirurgica, Scandinavia*, Décembre 1926.
- FORGUE. — Quelques précisions sur le volvulus du côlon pelvien. *P. M.*, Janvier 1920.
- GATELLIER et MERLE D'AUBIGNÉ. — A propos du traitement du mégacôlon par les opérations sympathiques. *Arch. des mal. de l'Appareil digestif*, 1935.
- GAUDART D'ALLAINES. — Deux cas de volvulus du côlon pelvien traités par la résection immédiate. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1927, Mars.
- GOINARD. — Infiltration du sympathique lombaire pour dolichocôlons. *Académie de Chirurgie*, Février 1936.
— Traitement du dolicho-sigmoïde, volvé ou non, par résection suivie d'anastomose immédiate subtotale. *Société de Chirurgie de Paris*, 10 juillet 1935.
- GRUNGET. — Deux cas de volvulus du côlon pelvien. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1925.
- GRIMBELOT. — Volvulus de l'S iliaque en occlusion aiguë traité avec succès par résection et suture immédiate. *Soc. Chir., Paris*, 21 décembre 1920.

- GUSSEW (W.). — Zur Therapie des Volvulus des flexura sigmoïdea. *Zentrbl. f. Chir.*, XLIX, 1922, Janvier.
- HERMANN et MORIN. — Considérations physiologiques sur la motricité intestinale.
- HITZ. — Tois observations de mégacôlon sigmoïde, dont l'une avec volvulus; trois opérations selon la méthode de MIKULICZ; trois guérisons. Rapport de J. OKINCZYC, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., Paris*, 1925, 29 avril.
- INGELBRITZEN. — Volvulus de l'S iliaque. — *Lyon, Chir.* 1919, page 489.
- KAPPIS. — Sympathektomie bei Hirschsprung. — *Arch. Klin. Chir.*
- KUMMER. — A propos de l'adaptation morphologique fonctionnelle du segment terminal de l'intestin après résection colique. *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, 1925, t. xv.
- LECÈNE. — Volvulus du gros intestin. *Rev. de Chir.*, 1910.
— Colectomies pour mégacôlon sigmoïdien. *Soc. Nat. de Chir.*, Paris, 1925, Mai.
- LE FLAIVE. — Sur le volvulus chronique du côlon sigmoïde. *Thèse de Paris*, 1927.
- LEMOINE. — La chirurgie du sympathique. Bruxelles.
- LERICHE. — Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon. *Lyon-Chirurgical*, 1935.
— De la section du splanchnique dans le mégacôlon non compliqué, avec ou sans dolichocôlon. *Presse Médicale*, 22 décembre 1937.
— Infiltrations novocaïniques du sympathique lombaire et section du splanchnique dans certaines colites spasmodiques. *Progrès Médical*, 7 janvier 1939.
— Neuro-chirurgie sympathique du côlon. *Société Belge de Chirurgie, Liège*, 24 juin 1939.
— Résultats du traitement du méga et du dolichocôlon d'après 25 opérations. *Presse Médicale*, 28 janvier 1941.
- LERICHE et FONTAINE. — L'Infiltration du sympathique lombaire. *Presse Médicale*, Novembre 1934.

- LERICHE et DE JUNG. — Sympathectomie et section du splanchnique pour méga et dolichocôlons. Résultats de 11 mois. *Bull. Société de Pédiatrie*, Mars 1938.
- LERICHE, SOUSA PEREIRA, DE BAKEY. — La résection des nerfs splanchniques: Technique et résultats de quelques observations de thromboangéite oblitérante, hypertension paroxystique, méga et dolichocôlon. *Lisbonne, Arch. Méd. Contemp.*, 27 juillet 1937.
- LEVEUF. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien. *Bull. et Mém., Soc. de Chir.*, 1925.
- MALLET-GUY, CUVÉREAUX et MARION. — Infiltration lombaire, sympathectomie lombaire et splanchnicectomie dans le méga et le dolichocôlon. *Journal de Chirurgie*, 1941, 42, n° 3.
- MASSABUAU. GUIBAL, JOYEUX et COURTY. — A propos du traitement du volvulus du côlon pelvien. *Soc. des Sciences Médicales de Montpellier*, 23 janvier 1943.
- MAUCLAIRE. — La mésentérite rétractile. xxx^e Congrès de Chirurgie, 1921.
- MERIEL. — La colectomie à temps successifs généralisée à tous les segments du côlon. *Toulouse Médical*, XXIX, 1928, 15 janvier.
- MICHON et FRICH. — Technique de l'anesthésie de la chaîne sympathique lombaire. *Anesthésie et Analgésie*, t. v, Avril 1939.
- MIGINIAC. — Le traitement du mégacôlon sigmoïdien compliqué d'occlusion aigue. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, XII, 1922, n° 1.
- MILHIET. — Traitement chirurgical du dolichocôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. *Thèse, Paris* 1935.
- MOURE et AUMONT. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien. Résection suture latéro-latérale. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, LI, 1925, n° 17, Mai.
- NASSI. — L'infiltration anesthésique de la chaîne sympathique lombaire par voie parentérale. *Thèse, Lyon*, 1935.
- NAUDROT. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien, sphacèle complet de l'anse. Résection avec abouchement des deux bouts à la

- peau. Anastomose termino-terminale ultérieure. Guérison. *Bull. et Mém., Soc. Chir.* 1919.
- OKINCZYC. — Sur le volvulus de l'S iliaque. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1921.
- PASSLER. — Die neurochirurgische Behandlung des Megakolon. *Zbl. Chir.*, 1939, 16, 22 avril.
- PATEL. — Rapport au xxvi^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, 1913.
— Un cas d'S iliaque mobile avec volvulus incomplet. *Soc. Chir., Lyon*, 1914.
- PAUCHET. — Volvulus iliaque. *Paris-Méd.*, 2 avril 1921.
— Dolichocôlon sigmoïde traité par la colectomie. *Paris-Chir.*, t. xx, 1928.
- POCCHAMER. — La sigmoïdo-anastomose, méthode du traitement du volvulus. *Zentrbl. f. Chir.*, 1920.
- RICOLEI. — Volvulus du côlon pelvien par maladie de Hirschsprung, suivi de mésosigmoïdite rétractile. *Concours Médical*, XLVII, 1925, Juin.
- ROBINEAU. — Les sutures sur le tube digestif. *Presse Médicale*, 1921.
- ROBINEAU et LAFFITTE. — Technique et résultats de l'iléo-colectomie. *Arch. Mal. app. dig.*, 1926.
- ROHMER, VALETTE et BOPPE. — Le mégacôlon et le dolichocôlon. x^e Congrès des Pédiatres de langue française, Octobre 1938.
- ROUX-BERGER. — Mégacôlon recto-sigmoïdien tordu. Opération, guérison. *Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris*, LI, 1925, Avril.
- ROYLE. — Treatment of spastic paralysis by sympathetic ramisection. *Prof. Roy. Soc. Med.*, 1927.
- ROYLE et WADE. — Operative Treatment of Hirschspr. disease; new method; *Med. J. Austral.*, 1927.
- SAURAT. — Résultats de la splanchnicotomie unilatérale pour dolichocôlon de l'adulte. *Thèse, Alger* 1940.
- SEILLÉ. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. *Thèse, Paris*, 1929.

STRAUSS. — Dolichosigmoidale Krankheitsursache. *Med. Klin.*, 1929.

TOURMEAUX. — Volvulus du côlon pelvien par méso-sigmoïdite rétractile. *Toulouse Médical*, xxiii, 1922, Janvier.

VASSILAROS. — Traitement neuro-chirurgical du mégacôlon idio-pathique. *Thèse, Strasbourg*, 1939.

VIGUIER. — Volvulus du côlon pelvien traité par la détorsion simple; récédive 20 mois après; résection. *Bull. Soc. Chir.*, 1913.

VILLETTE. — Volvulus de l'S iliaque: 3 cas opérés et guéris. *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, xl, 1922, n° 5.

WEISS. — Recherche sur la colectomie. *Paris*, 1926.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*Contribution à l'Etude du Traitement
du Volvulus consécutif au Dolichocôlon
Pelvien*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 7 avril 1943.

Le Professeur,
G. MASSABUAU

VU:

Montpellier, le 10 avril 1943.

Le Doyen:
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Montpellier, le 8 avril 1943.

Le Recteur:
SARRAILH

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

